CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS

SUR LA RESECTION PARTIELLE

DU

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR,

PAR

M. LE DOCTEUR DEMARQUAY,

Chirurgien des hôpitaux et du conseil d'État, etc., etc.

Paris. — Imprimé par E. Thunot et Cie, rue Racine, 26.

EXTRAIT

DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, ANNÉE 1857.

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS

SUR LA RESECTION PARTIELLE

DU

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Depuis que M. Gensoul (de Lyon) a démontré la possibilité d'enlever avec succès le maxillaire supérieur, les chirurgiens de notre époque ont étudié avec soin les maladies de cet os, et ils ont imagine plusieurs procédés à l'aide desquels le médecin peut pratiquer cette opération hardie. MM. Heyfelder et Maisonneuve, poussant jusqu'à sa dernière limite la découverte de M. Gensoul, ont enlevé avec succès les deux maxillaires. Jusque-là ces opérations avaient eu pour but d'enlever des parties malades, incompatibles avec la vie; mais, il y a quelques années, la chirurgie est entrée dans une voie nouvelle; elle n'a plus seulement enlevé des maxillaires malades, elle a fait plus : pour rendre des opérations plus faciles, pour permettre au chirurgien d'agir à ciel ouvert dans les parties les plus profondes, elle a conseillé d'enlever le maxillaire tout entier, afin d'arriver avec sûreté sur le pédicule de polypes naso-pharyngiens. M. Flaubert (de Rouen) eut le premier le courage de recourir à cette grave opération; son exemple

fut bientôt suivi par des chirurgiens non moins habiles. MM. Michaux (de Louvain), Robert, Maisonneuve, pratiquèrent l'opération de M. Flaubert et ne furent pas moins heureux que lui. On peut lire dans le savant travail de M. Michaux sur la resection du maxillaire supérieur, tout ce qui est relatif à ce sujet. Toutefois, la voie créée par nos honorables collègues n'a pas été acceptée sans conteste; à la Société de chirurgie, plusieurs chirurgiens distingués n'ont admis qu'avec réserve l'opération que nous signalons. M. Nélaton, de son côté, étendant l'idée de Manne (d'Avignon), a cherché à pénétrer, par une autre voie, sur le pédicule du polype qu'il s'agissait d'enlever. C'est ainsi qu'après avoir fendu le voile du palais et resequé une partie de la voûte palatine, il parvint à détruire des polypes naso-pharyngiens; dans ce cas, la resection devient partielle; elle porte sur la voûte palatine et non plus sur le corps de l'os. Toutes ces opérations ont eu un grand retentissement; elles ont d'ailleurs fait faire un grand pas à l'étude des polypes naso-pharyngiens. M. Nélaton, comme chacun sait, a fait, depuis quelques années, une étude particulière de ces productions morbides, ainsi que les savants auteurs du COMPENDIUM DE CHIRURGIE, MM. Denonvilliers et Gosselin, qui ont publié un excellent résumé de la science à cet égard.

Mon but, dans ce travail, n'est pas de faire une dissertation sur les polypes naso-pharyngiens, mais d'attirer l'attention sur quelques faits de pathologie chirurgicale relatifs à la face, où je crus pouvoir recourir, sinon à des opérations nouvelles, du moins à des moyens peu usités pour débarrasser mes malheureux patients.

OPÉRATION D'UN POLYPE NASO-PHARYNGO-MAXILLAIRE A L'AIDE DE L'ABLATION DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU SINUS MAXILLAIRE.

Les polypes, en général, et ceux de la partie supérieure des voies respiratoires en particulier, ont de tout temps occupé l'esprit du chirurgien. Que de procédés, que d'instruments n'ont point été imaginés pour les combattre! Déjà même les chirurgiens anciens avaient cherché à se donner de l'espace pour arriver plus sûrement sur les polypes qu'ils voulaient détruire; Fallope, Heister avaient proposé l'incision de la narine, afin de pénétrer plus facilement et plus profondément vers l'origine du mal; Dupuytren, qui s'est tant occupé de ce sujet; M. Roux et M. Syme ont suivi l'exemple de Fallope. Mais nous avons dit plus haut combien cette limite avait été dépassée par les

chirurgiens modernes ; et, il faut le dire, cette opération de Fallope, fût-elle rendue plus complète par l'incision de la lèvre supérieure et l'ablation partielle ou totale de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, est insuffisante pour enlever un polype remplissant le pharynx, le nez et souvent le sinus maxillaire. Dans ce cas, la ligature étant impossible et toujours insuffisante, il faut recourir, soit à l'opération de M. Nélaton, soit à la resection de la mâchoire supérieure, soit enfin à une opération intermédiaire sur laquelle je veux fixer l'attention.

Il y a plusieurs mois, je fus appelé à donner des soins à un jeune homme de 28 ans, affecté depuis plusieurs années d'un polype présentant les caractères suivants. Il remplissait le pharynx, toutefois pas assez complétement pour que le doigt ne puisse pénétrer entre la masse morbide et la paroi postérieure du pharynx. L'espace qui restait était peu considérable, mais suffisant pour que je fusse convaincu que l'insertion du polype n'avait point lieu à l'apophyse basilaire ; il occupait toute la partie postérieure de la narine gauche et avait refoulé la cloison du côté droit ; une sonde, en pénétrant dans la narine gauche, ne pouvait arriver dans le pharynx. Ce polype remplissait, de plus, le sinus maxillaire, dont il avait soulevé la paroi supérieure ; d'où un peu d'exophthalmie ; de plus, il avait détruit la paroi externe de ce sinus, et un prolongement de ce produit morbide, gros comme un petit œil, était venu faire saillie dans la joue en se réfléchissant sur la paroi profonde du masséter. Il est bien évident qu'une pareille tumeur ne pouvait être enlevée qu'à l'aide d'une opération sérieuse. J'avais d'abord pensé à faire la section du voile du palais et la resection de la voûte palatine ; mais, réfléchissant que le polype ne s'insérait point à l'apophyse basiliaire, et qu'il me serait difficile d'arriver sur le prolongement maxillaire et surtout génien de cette tumeur, j'ai abandonné ce projet, et j'étais décidé à faire la resection du maxillaire, comme l'avait fait M. Flaubert. Mais réfléchissant que la voûte palatine et l'arcade dentaire supérieure étaient intactes, je reculai à la pensée d'une telle mutilation, et je pris le parti de me créer une nouvelle voie.

Le polype remplissait, comme je l'ai dit, le sinus maxillaire, l'avait distendu ; en conséquence, il avait agrandi cette cavité ; il m'a semblé que cette condition toute morbide devait rendre ma tâche plus facile et que je pourrais enlever cette masse fibreuse en enlevant seulement la paroi antérieure du sinus maxillaire. De la sorte je conserverais la

voûte palatine et la voûte orbitaire. M. Monod, auquel je communiquai mon projet, fut assez bon pour y adhérer, et, de plus, il voulut bien m'aider de ses conseils pendant l'opération, à laquelle je procédai de la manière suivante.

Pour me donner du jour et rendre mon opération plus facile, je voulus découvrir largement le sinus maxillaire pour obtenir ce résultat et pour prévenir une paralysie de la face.

Je fis l'opération suivante. Une incision partant de la racine du nez venait se terminer sur la lèvre supérieure qu'elle divisait complétement, ainsi que toute la peau du dos du nez, surtout au niveau de la narine dans laquelle elle pénétrait. Cela fait, je fis une nouvelle incision qui, partant de la commissure, arrivait au masséter. Après avoir lié la faciale, je disséquai rapidement le lambeau triangulaire résultant de mes deux incisions, et j'arrivai ainsi sur la paroi antérieure du sinus. Cela fait, je dégageai des éléments de la joue le prolongement antérieur et génien du polype, et je m'assurai qu'il venait du sinus maxillaire ; avec une pince de Liston, une gouge et un maillet, j'enlevai toute la paroi antérieure du sinus, en conservant l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Je saisis alors mon polype avec des pinces de Museux, et je parvins à le dégager du sinus maxillaire. Je cherchai alors, avec mon doigt, à déterminer le point d'implantation du polype, ce qu'il me fut impossible de faire tant le sinus maxillaire était rempli ; de plus, le malade perdait beaucoup de sang, et il fallait se hâter. Lorsque le polype fut enlevé et qu'il nous fut possible de l'examiner avec soin, nous vîmes parfaitement que l'insertion devait être au voisinage de la trompe d'Eustache ; car, l'opération terminée, le doigt pénétrait à travers le sinus maxillaire jusque dans le pharynx, on sentait le voile du palais, la narine gauche et le sinus étaient largement confondus ; la trompe d'Eustache était parfaitement dégagée. Je réunis par première intention mon incision médiane ; la seconde incision ne fut réunie qu'au bout de huit jours.

Je n'insiste point sur ces détails, que l'on trouvera d'ailleurs dans l'observation recueillie avec soin par M. Charnal, interne distingué des hôpitaux.

Lorsque je présentai mon opéré à la Société de chirurgie, pour faire constater la guérison, plusieurs de mes honorables collègues me firent l'objection suivante : le polype que vous avez opéré n'est point un polype naso-pharyngien, car il ne prenait pas son point d'implantation

sur l'apophyse basilaire, ainsi que vous l'avez reconnu vous-même, et que tous les polypes naso-pharyngiens naissent de ce point. Il est bien vrai que les observations de polypes qui ont été publiées dans ces derniers temps, avec une dissection à l'appui, naissaient tous de la base du crâne. Cette circonstance a porté un des élèves de M. Nélaton, qui a publié une thèse sur la matière, à n'admettre d'autre origine aux polypes des voies supérieures respiratoires que l'apophyse basilaire. Le fait que je publie est en opposition à cette manière de voir. Ou il vient de l'arrière-gorge, et, dans ce cas, il naissait dans le voisinage de la trompe ; ou il naissait du sinus maxillaire, et dans l'une et l'autre hypothèse, il est en opposition avec la théorie développée par l'auteur de la thèse que je viens de citer et avec ceux de mes collègues qui partagent la même manière de voir. On ne voit point, en effet, pourquoi les muqueuses nasale, pharyngienne du sinus maxillaire seraient privées du triste privilége de donner naissance à des polypes quand toutes les autres muqueuses en sont douées. Il est bien évident que les polypes fibreux les plus rebelles que l'on puisse opérer dans l'arrière-gorge naissent de l'apophyse basilaire et des parties environnantes ; mais rien ne prouve qu'ils ne puissent naître ailleurs, et le fait que je rapporte en est la preuve.

Bien que la resection complète du maxillaire supérieur, comme opération préliminaire à l'ablation des polypes pharyngiens ait été faite par des chirurgiens très-habiles, il faut le dire, elle n'a point été admise par tous les chirurgiens. A la Société de chirurgie, quand M. Robert et M. Maisonneuve ont présenté leurs malades, des observations ont été présentées contre cette opération ; MM. Roux, Gosselin et Huguier se demandèrent si, dans les cas analogues, on ne pourrait point arriver par une autre voie. Dans les recherches que je viens de faire sur les diverses opérations que l'on a faites pour arriver à débarrasser les malades des polypes de l'arrière-gorge, j'ai vu avec plaisir que deux chirurgiens distingués dont j'apprécie le talent avaient été mus par la même idée que moi. M. Michaux, dans le travail que j'ai cité, se demande, en effet, si l'on ne pourrait pas, en perforant le sinus, arriver jusque dans l'arrière-gorge. M. Huguier fit plus : dans un cas il enleva l'apophyse montante du maxillaire et la paroi antérieure, et enleva, partiellement il est vrai, la masse polypeuse qu'il voulait détruire. J'ai eu le bonheur de mener à bien une opération qui avait paru rationnelle à deux hommes distingués. Chez mon malade, pour

ne point affaiblir la charpente de la joue, j'ai conservé l'apophyse montante du maxillaire supérieur, me réservant de l'enlever si le besoin s'en faisait sentir pendant le cours de l'opération.

Je ne saurais trop recommander à ceux de nos confrères qui seraient amenés à faire la même opération, de tailler, comme je l'ai fait, un lambeau triangulaire comme je l'ai indiqué plus haut. Le résultat m'a paru si satisfaisant que je n'hésiterais pas à l'appliquer de nouveau, comme l'a fait Dieffenbach pour la resection complète du maxillaire supérieur.

OBSERVATION DE POLYPE NASO-PHARYNGO-MAXILLAIRE, AVEC PROLONGEMENT DU CÔTÉ DE LA JOUE ; ABLATION DU POLYPE EN ENLEVANT LA PAROI ANTÉRIEURE DU MAXILLAIRE. (Obs. recueillie par M. CHARNAL.)

OBS. II.— Le 16 avril 1857, le nommé Dupuis (Auguste), employé de commerce, âgé de 28 ans, entre à la maison de santé, dans le service de M. Monod, pour se faire débarrasser d'une tumeur assez volumineuse développée sur le côté gauche de la face.

Voici les renseignements que le malade fournit sur la marche de cette tumeur :

Il y a quatre ans, par une cause tout accidentelle, il crut remarquer que la narine gauche était oblitérée et que l'air ne la traversait plus ; il en acquit bientôt la certitude ; mais sans s'en préoccuper davantage, puisqu'il n'en éprouvait aucune gêne.

Un an plus tard, on lui fit remarquer que sa joue gauche était plus volumineuse que la droite ; mais n'éprouvant encore ni gêne ni douleur, il n'y fit pas grande attention. Cependant la joue prenait un développement de plus en plus considérable, lorsqu'il y a un an survint un nouveau phénomène ; tous les jours, lorsque le malade se couchait, il rendait par la narine gauche une petite quantité de sang. Enfin, vers le mois de mars 1857, de nouveaux phénomènes se produisirent encore et décidèrent le malade à s'occuper de son état. Ainsi, non-seulement la tumeur suivit une marche beaucoup plus rapide dans son développement, mais encore il se manifesta de la douleur, puis une gêne notable dans la mastication.

Lors de son entrée à la maison de santé, Dupuis se présente avec toutes les apparences d'une bonne constitution. En examinant avec soin le côté gauche de la face, on constate les faits suivants :

La joue gauche est beaucoup plus volumineuse et plus saillante que celle du côté droit ; le sillon jugo-labial n'existe plus ; l'œil gauche est légèrement plus saillant que le droit ; cette tuméfaction de la joue est due à une tumeur qui, partant du maxillaire supérieur, se prolonge, en bas et en dehors, vers

la région parotidienne, et s'étend presque jusqu'à l'angle de la mâchoire. Située entre la peau et la muqueuse buccale, cette tumeur fait saillie non-seulement à l'extérieur, mais aussi du côté de la bouche où elle vient presser contre les dents. Là, par le fait même de cette compression, la muqueuse est ulcérée sur une petite étendue. La fosse nasale gauche est complétement oblitérée, et si l'on vient à porter le doigt vers la partie supérieure du pharynx, on sent que l'ouverture postérieure de cette fosse nasale est remplie par un prolongement de la tumeur. Toutes les explorations du côté du nez donnent lieu immédiatement à des épistaxis. La saillie de l'œil gauche, l'existence de la tumeur, d'une part, dans la joue, et, d'autre part, dans la fosse nasale du même côté, font penser avec raison que le point de départ est dans le sinus maxillaire ou dans son voisinage.

Enfin, je dois ajouter que depuis un mois le malade éprouve des douleurs assez vives et que la mastication est presque impossible.

Le mardi 21 avril, on procède à l'opération. Désirant autant que possible enlever la tumeur sans sacrifier le maxillaire supérieur. M. Demarquay a recours au moyen suivant :

Il fait partir de la racine du nez une incision verticale qui, passant immédiatement à gauche de la cloison, vient se terminer vers la partie médiane de la lèvre supérieure, puis de la commissure labiale gauche, il conduit sur la joue une incision horizontale longue de 0,05 à 0,06 c. m., et qui vient se terminer près du bord antérieur de la branche de la mâchoire. Disséquant ensuite de bas en haut, en isolant la tumeur des parties molles, il obtient un vaste lambeau triangulaire, dont la base adhérente est représentée par une ligne qui, partant de la racine du nez, vient rejoindre l'extrémité externe de l'incision horizontale, et dont le sommet correspond à l'angle formé par l'union de l'incision verticale avec le bord libre de la lèvre supérieure.

Pendant la dissection de ce lambeau, on est obligé de lier un nombre considérable de petites artères. Cette extrême vascularisation fait craindre un instant que la tumeur ne soit une tumeur érectile ; mais ces craintes disparaissent bientôt en présence de la consistance même de la tumeur.

Le maxillaire étant mis ainsi à découvert, M. Demarquay met à profit la perforation faite par la tumeur à la paroi antérieure du sinus pour faire pénétrer une branche de la pince de Liston avec laquelle il coupe et enlève toute cette paroi, ouvrant ainsi largement en avant le sinus maxillaire sans toucher ni à l'arcade dentaire, ni au plancher de l'orbite, ni à l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Par cette large ouverture, il introduit une gouge, et, en s'en servant comme d'un levier, il arrache la tumeur à son point d'implantation et entraîne avec elle son prolongement nasal. On peut alors avec le doigt pénétrer à travers le sinus maxillaire jusque dans le pharynx et s'assurer que la tumeur a été complétement enlevée. On sent en même temps les mouvements du voile du palais. Il se fait une hémorrhagie

assez abondante dans le sinus ; mais elle est promptement arrêtée par le perchlorure de fer.

Le lambeau est ensuite abaissé et fixé dans sa portion nasale par des points de suture simple et par une suture entortillée pour sa portion labiale. L'emploi du perchlorure de fer ne permet pas de réunir immédiatement les lèvres de l'incision horizontale. La tumeur est entièrement fibreuse.

Les suites de l'opération sont des plus heureuses ; seulement, le 23 avril, il se manifeste à la joue un gonflement assez considérable qui fait craindre un instant le développement d'un érysipèle ; mais dès le 25 le gonflement commence à disparaître, la tension est moins considérable, la réunion se fait bien sur la ligne médiane ; l'état général est très-bon ; le malade demande à

manger ; tout enfin annonce une heureuse terminaison. Chaque jour on fait cinq ou six injections d'eau tiède ou d'eau miellée dans la cavité du sinus, et l'on entraîne ainsi le détritus résultant de l'usage du perchlorure.

Le 27 avril on enlève les points de suture, excepté l'épingle la plus inférieure, celle qui unit les deux parties de la lèvre à son bord libre. La réunion est complète. Avec des bandelettes de diachylon, on fait une espèce de fronde destinée à rapprocher les deux lèvres de l'incision horizontale. On continue les injections.

Le 2 mai, les bords de l'incision horizontale étant détergés, on les réunit par une suture entortillée.

Le 8 mai, on enlève toutes les sutures, à l'exception de l'épingle qui correspond à la commissure labiale et que l'on enlève le 11 mai.

A ce moment, le malade est très-bien ; il se lève et commence à sortir ; il peut aussi prendre des aliments solides ; la mastication se fait bien ; seulement il y a un peu de gêne pour séparer les arcades dentaires.

Le 13 mai, le malade sort de la maison.

Le 27 mai, Dupuis vient nous revoir. La cicatrisation est complète partout. Il existe encore un léger gonflement de la joue, mais qui diminue de jour en jour. La mastication est très-facile, bien qu'il y ait encore un peu de difficulté à écarter les mâchoires. Dans quelques jours, la barbe couvrant les cicatrices aura fait disparaître toutes les traces de l'opération.

Parmi les resections importantes que j'ai eu occasion de pratiquer sur le maxillaire supérieur, je signalerai : 1° la resection des deux parois antérieures du sinus maxillaire sur le même sujet ; 2° la resection de l'apophyse montante du maxillaire supérieur avec la paroi interne du sinus. Ce qui n'est pas moins intéressant à signaler, c'est que ces deux opérations importantes ont été faites afin d'enlever des tumeurs formées par les glandules hypertrophiées du sinus maxillaire et de la pituitaire.

Ces faits étant encore fort rares, je vais donner non-seulement le fait clinique, mais je joindrai à ces faits les détails microscopiques curieux qui m'ont été remis par mon ami M. Robin.

OBSERVATION D'UNE DOUBLE TUMEUR OCCUPANT LES DEUX SINUS MAXILLAIRES, COMMUNIQUANT D'UN CÔTÉ DANS LA GORGE, ET FORMANT DEUX TUMEURS VOLUMINEUSES A LA FACE QUI GÊNAIENT BEAUCOUP LA VISION ; RESECTION PARTIELLE DES DEUX MAXILLAIRES ; GUÉRISON (recueillie par le docteur le Plat).

Obs. — Un habitant de Porto-Rico fut adressé au mois d'août 1854 à M. Demarquay, afin de se faire enlever deux tumeurs volumineuses situées de chaque côté du nez dans la profondeur des deux joues ; la tumeur à droite

est plus volumineuse que celle du côté gauche. Les narines étaient oblitérées par la présence de ces deux produits morbides. L'œil droit était un peu soulevé et chassé de l'orbite. Le doigt, introduit dans l'arrière-gorge, ne sentait rien ; cependant la partie profonde du sinus maxillaire était détruite, ainsi que l'a montré le résultat de l'opération. L'œil droit était larmoyant, mais la vision des deux côtés était parfaite, sauf la gêne occasionnée par la présence des deux tumeurs. La peau qui recouvrait les deux tumeurs était un peu rugueuse et parcourue par des veines volumineuses. La santé du malade était bonne : toutes ses fonctions étaient régulières. Un point sur lequel j'oubliais d'insister, c'est que du côté droit la pression exercée au niveau de la saillie la plus considérable formée par la tumeur donnait une sensation de crépitation parcheminée. Le temps que ces tumeurs avait mis à se développer, la bonne santé du malade, faisaient espérer à M. Demarquay que ces tumeurs n'étaient point de mauvaise nature, et que sans doute elles avaient pris naissance dans les deux sinus maxillaires. Cette espérance était fortifiée par cette circonstance qu'aucune douleur lancinante ne s'était fait sentir dans les parties malades. Avant de se décider à l'opération, M. Demarquay prit l'avis de MM. Monod et Denonvilliers sur l'opportunité opératoire et sur le procédé qu'il convenait de suivre. Voici le projet auquel M. Demarquay s'arrêta, projet d'ailleurs qui fut accepté par les deux consultants, qui voulurent l'assister, non-seulement de leurs conseils, mais encore de leur présence, dans cette grave opération, qui fut, il faut le dire, couronnée de succès. Il importait dans ce cas de conserver la cloison des fosses nasales qui était intacte, le lobule du nez et l'arcade dentaire, attendu que les tumeurs n'avaient en rien déformé la voûte palatine ni déterminé aucun ébranlement des dents.

Voici le procédé opératoire mis en usage par M. Demarquay : une incision simple, partant de la racine du nez, vint s'arrêter au lobule de ce dernier ; de là une incision courbe fut dirigée à droite et à gauche, en suivant le sillon naso-labial jusqu'au niveau du masséter. Un lambeau fut ainsi disséqué, à droite et à gauche, et relevé du côté de la tempe ; le lobule du nez et la lèvre supérieure restèrent intacts ; les artères coupées furent liées avec soin pendant toute la durée de ce premier temps de l'opération. Le malade fut maintenu endormi par le chloroforme. Ce premier temps accompli, le chirurgien scia la base de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, ainsi que la paroi antérieure du sinus, qu'il ouvrit largement, soit avec une scie à chaîne, soit avec une pince de Liston. Cela fait, il fut facile de faire sortir du sinus maxillaire droit considérablement agrandi une tumeur volumineuse qui avait détruit toute la paroi interne et toute la paroi postérieure et externe et une partie de la supérieure du sinus maxillaire, d'où il résultait une large ouverture qui permettait d'examiner la paroi postérieure du pharynx ; on agit de de la même façon du côté gauche, où la tumeur avait acquis un volume moins considérable. Il résultait de cette opération deux vastes plaies, une à droite

et l'autre à gauche. Pour combler ces deux vides il restait, il est vrai, deux lambeaux dans lesquels des artères et des nerfs importants venaient se rendre;

en ramenant les deux lambeaux à leur position normale, on pouvait les réunir sur le cartilage médian du nez, qui avait été conservé avec soin, et le lobule de cet organe, ce qui fut fait avec des points de suture; seulement il y avait à droite une grande difficulté : l'apophyse montante était détruite complétement à droite, et incomplétement à gauche, et la paroi postérieure du sinus ayant été détruite du côté droit, il en résultait qu'à chaque inspiration la joue droite s'affaissait considérablement, à ce point que le chirurgien craignait de

voir les points de suture se rompre. Pour parer à cet inconvénient, une petite vessie en caoutchouc à paroi très-fine fut introduite vide derrière le lambeau, à la place du sinus; dès qu'elle fut insufflée, elle maintint parfaitement la peau réunie. Aucun accident immédiat ne vint compliquer cette opération hardie, qui fut très-bien supportée par le patient. Toutes les plaies se réunirent par première intention, si ce n'est à droite, où un peu de sphacèle vint frapper une portion du lambeau dans sa partie médiane correspondant sur le dos du nez à celui du côté opposé. Il fallut plus tard recourir à une petite opération autoplastique pour fermer le pertuis résultant de ce sphacèle. Au mois de novembre, le malade est parti de Paris parfaitement guéri. Les dents incisives et canines, un moment ébranlées par l'inflammation des sinus, se sont raffermies parfaitement. Les deux tumeurs enlevées avaient le volume d'un œuf de poule, la droite plus volumineuse; elles étaient formées pas un tissu très-friable d'un blanc grisâtre, dans lequel le tissu vasculaire n'était point abondant. M. Robin, qui a bien voulu examiner ce produit pathologique, m'a déclaré qu'il était formé par une hypertrophie de l'élément glandulaire de la membrane muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire.

TUMEUR SOUS-ORBITAIRE ET NASALE, DU VOLUME D'UN GROS ŒUF; ABLATION A L'AIDE DE LA RESECTION DE L'APOPHYSE MONTANTE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR D'UNE GRANDE PARTIE DE LA PAROI INTERNE DU SINUS MAXILLAIRE; GUÉRISON; RÉCIDIVE AU BOUT DE SIX MOIS ET MORT.

L'observation que nous allons faire connaître n'est pas moins importante que la précédente au point de vue de sa structure. En effet, le sujet de cette observation avait une tumeur formée par l'hypertrophie des glandules de la pituitaire; c'est le premier fait qui ait été observé, comme le prouve la note de M. Robin, que l'on verra plus loin. J'espérais que mon malade serait à l'abri d'une récidive, il n'en fut rien, il a succombé. Quant au malade sujet de l'observation précédente, il est parti bien guéri et n'a point donné de ses nouvelles.

Obs. — M. X. est entré à la Maison municipale de santé le mardi 3 octobre 1854; il est âgé de 56 ans, d'une taille moyenne, d'une bonne constitution, et a toujours joui d'une santé excellente. Aucun membre de sa famille n'a été atteint d'affection cancéreuse; son père est mort d'attaque d'apoplexie cérébrale, sa mère de phthisie pulmonaire. Bien que traité pendant longtemps comme atteint d'une maladie syphilitique, il se défend formellement d'avoir jamais eu de chancres. Il ne s'est, du reste, jamais manifesté chez lui aucun accident secondaire ou tertiaire. Depuis huit mois, une tumeur s'est montrée à la région sous-orbitaire et a fait de rapides progrès; mais il en faut faire remonter le début à une date plus reculée.

Il y a dix ans, M. X. a été pris d'épistaxis qui, depuis cette époque, se sont fréquemment répétées. Les médecins qui traitaient alors le malade en trouvaient la raison dans des boutons développés sur la muqueuse nasale. Les hémorrhagies, quelquefois très-abondantes, se faisaient toujours par la même narine, celle du côté gauche. Le malade a été soumis à différents traitements dont il n'a jamais retiré grand bénéfice.

En 1849, il consulta M. Chomel, qui crut à une affection dartreuse et conseilla un traitement en ce sens.

Les épistaxis continuèrent et le malade n'éprouva aucun soulagement. Les choses en étaient là, lorsqu'il y a huit mois il se déclara un épiphora et une tumeur lacrymale apparut ; M. Sichel fut consulté, il crut à la présence d'une exostose, peut-être de nature syphilitique; telle fut aussi l'opinion de M. Velpeau, à qui le malade fut adressé par M. Sichel. Un traitement antisyphilitique fut ordonné et continué pendant cinq mois; le développement de la tumeur n'étant nullement arrêté, MM. Velpeau et Sichel sont de nouveau consultés ; M. Velpeau croit à un ostéosarcome et conseille l'opération, tout en faisant ses réserves et désirant attendre encore. M. Sichel s'oppose à l'opération.

M. X. retourne dans son pays, plein d'inquiétude et d'indécision ; il prend conseil de son médecin, qui l'engage à venir se faire opérer à Paris. Il entre à la Maison municipale de santé, et voici quel est son état.

Sa constitution n'est pas altérée ; la teinte jaune qu'on remarque à la face peut être attribuée aux pertes de sang souvent répétées qu'il éprouve. Une tumeur considérable occupe le maxillaire supérieur du côté gauche ; elle s'étend de l'aile du nez jusqu'au globe oculaire qu'elle déplace en le repoussant en haut et en dehors. Transversalement, elle va du dos du nez jusqu'au bord antérieur du masséter. La peau qui la recouvre est violacée, sillonnée de veines, surtout vers l'angle interne de l'œil; elle est dure sur ses limites où elle est manifestement recouverte par des lamelles osseuses; sa partie la plus saillante est molle, comme fluctuante à la pression; elle n'est le siége d'aucune douleur, d'aucun élancement; la vision est intacte, quoique le globe oculaire soit déplacé en haut et en dehors; il y a de l'épiphora; la narine gauche est sèche, et vers son milieu, on aperçoit la tumeur, qui appuie sur la cloison déviée à droite; la voûte palatine est saine; il n'y a aucun prolongement dans le pharynx; les diamètres sont verticalement de 5 centimètres et demi, transversalement de 7 centimètres.

Après un sérieux examen, MM. Monod et Demarquay concluent à un cancer encéphaloïde, et l'opération, résolue, est pratiquée le 8 octobre, par M. Demarquay, de la manière suivante :

Le malade est endormi par le chloroforme; une première incision verticale est faite sur le dos du nez, de sa racine au lobule, puis une seconde qui tombe transversalement sur la première, la tumeur est mise à nu. Les filets

du nerf facial sont ménagés et les lambeaux supérieurs et inférieurs peuvent recevoir tous les éléments nécessaires à leur nutrition. La peau disséquée, la tumeur découverte, M. Demarquay essaye de l'expulser; mais il n'y peut parvenir; alors, avec un perforateur, il ouvre la paroi antérieure du sinus maxillaire; il introduit par cette ouverture une scie à chaînette, et il fait tomber l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Une pince de Liston suffit pour abattre l'os propre du nez, la plus grande partie du plancher de l'orbite, la moitié antérieure de sa paroi interne et toute la face antérieure du sinus maxillaire. Cela fait, la tumeur est facilement enlevée et à sa place apparaît une large cavité circonscrite en dedans par la cloison du nez, en avant par la peau, en haut par le globe oculaire, en dehors par la paroi externe du sinus maxillaire. Les artères sont liées, au fur et à mesure, sous le tranchant du bistouri et ne laissent échapper que très-peu de sang. Deux boutons de feu sont portés sur deux points osseux qui paraissent envahis par la maladie. Craignant une hémorrhagie, M. Demarquay ne pratique aucune réunion; il se contente de remplir la plaie d'éponges mouillées, recouvertes d'un pansement simple.

La première journée se passe très-bien; la réunion est faite le lendemain par quelques points de suture, mais il survient une hémorrhagie en nappe qui détermine une syncope. L'hémorrhagie s'arrête sous l'influence de l'eau glacée; il se déclare un peu d'inflammation sur les bords de la plaie, et les fils de l'extrémité externe de l'incision transversale sont enlevés. Il en résulte une ouverture par laquelle il est facile de nettoyer la plaie avec des injections d'eau froide.

Le malade a guéri parfaitement de cette opération; mais, six mois après, il succombait à une récidive.

La tumeur, enlevée, a la grosseur d'un œuf très-volumineux; elle est molle sous le doigt, et son incision présente les caractères d'une encéphaloïde en voie de ramollissement; elle est vasculaire.

M. Robin en fait l'analyse avec soin. Sa composition intime est celle de la muqueuse pituitaire hypertrophiée. Un dessin fort bien fait sous les yeux de M. Robin en reproduit nettement la structure.

Depuis l'époque où j'ai adressé cette tumeur à M. Robin, cet habile anatomiste a examiné deux autres tumeurs du même genre, et voici la note qu'il m'a remise à ce sujet.

NOTE COMMUNIQUÉE PAR M. ROBIN.

J'ai eu occasion d'observer trois tumeurs des fosses nasales enlevées, la première par M. Demarquay, et les deux autres par MM. Nélaton et Gosselin. Elles étaient formées par une hypertrophie des glandes en

grappe simple de la membrane de Schneider. Toutes étaient de couleur grise et laissaient suinter par pression à la surface de leur coupe, un liquide grisâtre de consistance muqueuse ; toutes les cinq étaient friables, se réduisaient en petits fragments ou en pulpe par la pression et l'écrasement. Elles ne contenaient que des capillaires, mais très-nombreux et en assez grande quantité, par places, pour donner au tissu une couleur rougeâtre. La première que j'ai examinée, qui m'avait été remise par M. Demarquay, et qui était la plus grosse, était, par places, marbrée de jaune grisâtre, particularité due à la présence, dans certains points, du tissu morbide d'une quantité considérable de globules de pus, devenus granuleux, devenus très-gros et à granulations d'un jaune très-prononcé sous le microscope. Du reste, des globules de pus, non granuleux, étaient disséminés dans toute l'étendue du tissu de cette tumeur. J'en ai trouvé également dans toutes ces tumeurs ; mais ceux qui offraient l'état granuleux n'étaient point assez nombreux pour changer la couleur grise propre au tissu morbide.

La structure de ce dernier était remarquable en ce qu'il était formé principalement de culs-de-sac glandulaires volumineux, plongés dans une trame de tissu cellulaire relativement peu abondante. Les culs-de-sac étaient cylindriques, ramifiés en doigt de gant terminés par une extrémité arrondie et large, pour la plupart d'un dixième de millimètre de diamètre environ, c'est-à-dire du tiers ou du double plus volumineux qu'à l'état normal. Ces culs-de-sacs étaient formés d'une paroi mince homogène, très-friable ; ils étaient remplis exactement par des épithéliums très-serrés les uns contre les autres, à la manière des grains de blé remplissant un sac. Ces épithéliums étaient du reste semblables à ceux des glandes normales, si ce n'est qu'ils étaient un peu plus gros.

On sait que l'épithélium des glandes de la pituitaire et des sinus est un épithélium nucléaire à noyaux sphériques, réguliers, du volume des globules rouges du sang, pâles et peu granuleux, sans nucléole ; dans ces tumeurs, ceux des noyaux qui étaient devenus un peu plus gros que les autres étaient pourvus d'un petit nucléole jaunâtre brillant. Ainsi, rien n'était plus manifeste que la nature glandulaire de ces tumeurs et que l'état d'hypertrophie des culs-de-sac qui les formaient principalement.

FIN.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE.

LEÇONS

SUR LE TRAITEMENT

DES

TUMEURS HÉMORRHOÏDALES

PAR LA MÉTHODE

DE L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE.

Ouvrages de M. le docteur CHASSAIGNAC

chez les mêmes libraires.

ÉTUDES D'ANATOMIE ET DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. Th présentées aux concours de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 18 2 forts volumes in-8°. 14

Cette collection comprend :

Tome 1er. De la circulation veineuse, 1836. — Le cœur, les artères et veines, 1836. — Les membranes muqueuses, 1846.

Tome 2e. Des appareils orthopédiques, 1841. — Les plaies de tête, 1842 Les tumeurs du crâne, 1848. — Les fractures compliquées, 1850. — tumeurs enkystées de l'abdomen, 1851.

DES TUMEURS ENKYSTÉES DE L'ABDOMEN. 1851, in-8. 2

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL DE LARIBOISIÈ Paris, 1855-1858, 3 parties in-8, avec figures intercalées dans le texte.

1° Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode o ratoire pour leur ablation, avec 8 figures. 2

2° Leçons sur la trachéotomie, avec 8 figures. 2

3° Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, par la méthode l'écrasement linéaire. Paris, 1858, in-8. 2 fr. 5

TRAITÉ DE L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE, nouvelle méthode pour prév l'effusion du sang dans les opérations chirurgicales. Paris, 1856, in-8 560 pages, avec 40 figures intercalées dans le texte. 7

RECHERCHES CLINIQUES SUR LE CHLOROFORME. Paris, 18 in-8. 1 fr. 2

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ABCÈS sein, par la Méthode du drainage. Paris, 1855, in-8. 2

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU DRAINAGE CHIRURGICAL dans traitement du phlegmon diffus. 1856, in-8. 2

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.